STATISTIK

der

in den Jahren 1874—1880 auf der II. medicinischen Abtheilung des Münchener allgemeinen Krankenhauses beobachteten Masern- und Scharlachfälle.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

der

MEDICINISCHEN FACULTÄT ZU MÜNCHEN

unter dem Präsidium des

Herrn Prof. Dr. von Ziemssen

vorgelegt von

ARTHUR JENDRITZA

AUS DANZIG.

STRASSBURG

BUCHDRUCKEREI VON R. SCHULTZ & COMP.

1882.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554609_0167

Masern.

In den Jahren 1874—1880 (excl. Dezember) wurden auf der zweiten medicinischen Abtheilung 36 Masernfälle beobachtet (1874: 4, 1875: 9, 1876: 7, 1877: 6, 1878: 3, 1879: 1, 1880: 6).

Es waren 32 Erwachsene (14 Männer, 18 Weiber) und 4 Kinder (1 Knabe, 3 Mädchen).

Nach Altersklassen fielen auf das

	Männer:	Weiber:
1.—10. Jahr	1	3
10.—20. »	5	8
20.—30. »	9	8
30.—40. »	—	2

Die meisten Fälle waren leicht, Complicationen kamen wenige vor, nur 1 Fall verlief letal.

Die Dauer der Incubation konnte nur in einem Falle mit Wahrscheinlichkeit bestimmt werden und zwar war sie ungewöhnlich kurz, nämlich nur 5 Tage.

Rosa Reis, 22 Jahre, am 17. XII. 1877 aufgenommen, ist vor 8 Tagen bei Gelegenheit eines Besuches mit masernkranken Kindern in Berührung gekommen, seit 3 Tagen hat sie Kopfschmerz, Hitzegefühl und Frösteln, seit gestern besteht heftiger Katarrh, heute Morgen bemerkte sie zuerst Flecke im Gesicht.

Fälle von abnorm kurzer Dauer der Incubation sind selten in der Literatur; nach Thomas (Ziemssens Handbuch) hat Lorey in 4 Fällen ein Incubationsstadium von 7—9 Tagen beobachtet.

Afebril verlief nur ein Fall, derselbe ist zugleich der einzige Fall von zweiter Erkrankung desselben Individuum.

Georg Singer, 19 Jahre, am 26. III. 1877 aufgenommen, ist gestern Morgen plötzlich mit Mattigkeit erkrankt. Rothe Flecke im Gesicht, welche erst heute auf die Brust sich erstrecken. Im 6. Jahre hat Patient die Masern gleichzeitig mit Rippenfellentzündung überstanden.

Status praesens: Kein Fieber. Puls frequent, voll, hart.

Mässige Conjunctivitis, belegte Zunge. Starke Röthung der Mundschleimhaut und des Rachens. Kopfweh mässig. Kein Husten und Halsschmerz. Kräftiger Körper, Lunge und Herz normal.

Schall L. H. U. etwas kürzer und das Athmen weniger scharf; feuchte, schwitzende Hände. Stark papulöses Exanthem auf Gesicht, Hals und Rücken, auch am Unterleib; weniger stark an den Ober- und Unterschenkeln und Füssen.

Ord. Aq. de Ems,
» Acid. bor.
» Vesic. glac.

28. III. Die rothen Flecke auf Brust und Bauch fast vollständig abgeblasst. — Kein Fieber, Halsbeschwerden

und die leichte Conjunctivitis verschwunden. Subjectiv fühlt sich Patient vollständig gesund.

Urin eiweissfrei.

In 2 Fällen wurde nur einmal eine Temperatur über 38 (38,1 und 38,2) beobachtet.

In einem Falle erfolgte kein vollständiger Abfall, weil sich unmittelbar an die Masern ein Typhus mit Pleuritis anschloss.

In den übrigen 31 Fällen (ausgeschlossen ist noch der letal verlaufene) erfolgte der Abfall: 9 Mal durch Krisis, 22 Mal durch Lysis und zwar 19 Mal in 2 Tagen, 2 Mal in 3 Tagen und 1 Mal innerhalb 4 Tagen.

Die höchste Temperatur war 41,6; sie wurde beobachtet in dem mit katarrhalischer Pneumonie, Endocarditis und Phlebitis complicirten Falle.

Hämorrhagisches Exanthem wurde 3 Mal beobachtet, 2 Fälle gehörten zu den schwereren.

Complicationen.

Milzvergrösserung wurde 6 Mal, Schwellung der Submaxillardrüsen 3 Mal beobachtet. Epistaxis kam 2 Mal, Ozaena 1 Mal bei einem Kinde vor. Angina kam 7 Mal im Anfang, 2 Mal als Nachkrankheit vor; auch Thomas gibt an, dass sie ziemlich häufig vorkommt.

Eine Ohraffection wurde nur 2 Mal gesehen. Der Befund war:

1. Intensive Injection des Trommelfells beiderseits, rechts hintere Hälfte geschwellt, tief geröthet (Extravasat). Vordere Hälfte des Trommelfells von normaler Farbe mit Reflex.

Links mässige Injection den Hammergriff entlang, Trommelfell im Ganzen etwas vorgewölbt. Schmerzen und Sausen. Hörweite R. 8',0, L. 12',0.

2. Links normal. Rechts in der hinteren unteren Hälfte des Trommelfells eine weisse scharf begrenzte Stelle, welche bis zur Peripherie reicht mit leichter Injection in der Peripherie. Seit 6 Tagen Hörverschlechterung. Uhr bei leiser Berührung. Stimmgabel am Scheitel R.

Laryngitis kam verhältnissmässig selten, nämlich nur in 4 Fällen, zur Beobachtung, 1 Mal bestand vollständige Aphonie.

Katarrhalische Pneumonie kam 1 Mal vor, dazu gesellte sich Endocarditis, Phlebitis und Pyämie.

Rosina Santner, 22 Jahre, bisher immer gesund, wurde am 24. I. von heftigem Husten befallen, der immer stärker wurde. Am 2. Tage gesellte sich starkes Kopfweh dazu, ferner Nasenkatarrh mit Thränen der Augen, Appetitmangel und Stuhlverstopfung; am 26. I. Aufnahme.

Status praesens: Patientin zeigt eine diffuse, aber über das ganze Gesicht ausgebreitete fleckige Röthe; auf den rothen Flecken sitzt hie und da eine kleine Papel auf; auch am Hals sind solche erythematöse Hautstellen zu beobachten, ebenso auf der Brust, wo ebenfalls vereinzelte Papeln zu sehen sind.

Ord. 1,0 Chinin.

27. I. Das Masernexanthem ist jetzt vollständig ausgebrochen. M. T. 39,7.

Es besteht sehr heftige Bronchitis mit ungemein zähem, hie und da etwas mit Blut gemischtem Auswurf, ferner sehr heftige Angina.

Patientin ist sehr niedergeschlagen, gewährt den Eindruck einer Schwerkranken. Ferner besteht heftige Conjunctivitis. A. T. 40,2.

Ord. 1,0 Chinin.

28. I. Das Exanthem hat noch an Ausdehnung zugenommen; heftiger Larynxkatarrh, wegen Kopfweh 1 Eisbeutel, Morgens 1,0 Chinin. M. T. 38,1; A. T. 39,8.

29. I. Das Exanthem geht zurück, sämmtliche Begleiterscheinungen lassen nach. M. T. 38; A. T. 38,2.

30. I. Noch leichter Bronchialkatarrh. M. T. 37,6; A. T. 37,8.

31. I. Das Exanthem ist bis auf wenige Spuren verschwunden. M. T. 37,2; A. T. 37,8.

1. II. Heftige Conjunctivitis. M. T. 37,3; A. T. 37,4.

10. II. Patientin hat heute wieder stärkeren Husten mit Seitenstechen links und hohen Temperaturen. L. H. U. der Schall etwas gedämpft und ausgebreiteter Katarrh auf beiden Lungen. M. T. 38,1; A. T. 39,3.

13. II. Nachmittags bemerkte Patientin nach längerem Aufbleiben eine Schwellung des rechten Beines mit bedeutender Schmerzhaftigkeit, namentlich der Innenfläche des Unterschenkels.

14. II. Die Schwellung nimmt zu und erstreckt sich von der Hüfte über den linken Ober- und Unterschenkel bis zum Fuss (Phlebothrombosis).

15. II. Das Oedem und die Schmerzhaftigkeit nehmen noch zu; das Knie- und Fussgelenk kann nur mit grosser Mühe bewegt werden. Patientin klagt immer

noch über Stechen in der linken Axillarlinie. M.T. 38; A. T. 38,7.

22. II. Geringe Mengen von Eiweiss im Urin.

25. II. Patientin hat seit Nachmittag ein sehr hohes Fieber mit beschleunigtem Puls und Kurzathmigkeit, die Schwellung des rechten Beines beträchtlich. Präsystolisches Geräusch an der Herzspitze. M. T. 38,4; A. T. 39,2.

26. II. Auch das linke Bein ist geschwollen, Abends ein heftiger Schüttelfrost. M. T. 40,1; A. T. 41,6.

27. II. Herzdämpfung vergrössert, beginnt an der 3. Rippe und reicht fast bis zur Medianlinie. Puls schwach aber regelmässig. Abends ein Schüttelfrost. M. T. 39,5; A. T. 40,8.

28. II. Morgens ein Schüttelfrost. Puls 100. R. 40; Hustenreiz besteht, doch kann die Kranke den Auswurf nicht herausbefördern. Abends ein Schüttelfrost. M.T. 39,2; A. T. 39,8.

1. III. Patientin kann das linke Bein gar nicht mehr rühren.

Mehrere ganz dünne Stühle.

Abends ein Schüttelfrost. Etwas Husten mit geringem schwer herauszubefördernden Auswurf von rein bronchitischem Character.

2. III. Puls 84, bedeutend leichtere Respiration. M. T. 38,6; A. T. 38,8.

5. III. Mehrere Schüttelfröste. M. T. 38,6; A. T. 41,0.

6. III. Starke Schweisse. M. T. 41,3; A. T. 41,4.

7. III. Schwellung der Labien, so dass das Uriniren erschwert ist. M. T. 38; A. T. 40,6.

10. III. Etwas Betäubung des Sensorium, Puls 144.

14. III. Beine abgeschwollen, nicht mehr schmerzhaft. Puls 104, M. T. 37,8; A. T. 39,9.

16. III. In der Nacht ein Schüttelfrost. M. T. 39,6; A. T. 38,2.

17. III. Puls klein, 100. M. T. 37,5; A. T. 40,6.

19. III. Das präsystolische Geräusch ist nicht mehr hörbar. M. T. 38,0; A. T. 37,5.

20. III. Morgens exit. let.

Sectionsbefund.

Mittelgrosse Leiche, Oedem beider Unterschenkel, dickes weissliches Fettpolster, sehr blasse Muskulatur. Rechte Lunge etwas adhärent, Oberlappen blutarm, Unterlappen hypostatisch, etwas oedematös, links unten leicht angewachsen, sonst wie rechts.

Beträchtlich vermehrtes Serum im Herzbeutel, Pericard getrübt, dünnflüssiges Blut und dunkler Cruor im rechten Ventrikel.

Frei beweglicher Thrombus über der Aortenklappe, in der Tasche der rechten Aortenklappe beginnend.

Milz stark gelappt, vergrössert, vergrösserte Malpighische Knäuel.

Die Vena cava inf. und cruralis rechterseits mit einem obturirenden Thrombus ausgefüllt, der zum grössten Theil in schmierig rahmige jauchige Flüssigkeit, wenigstens in den oberen Partieen, umgewandelt ist; linkerseits reicht die Thrombose nur bis zur Theilungsstelle in die beiden Venae ischiadicae. Leber stark vergrössert, blass.

Nieren vergrössert, derb, Kapsel leicht abziehbar, leicht cyanotisch.

Endocarditis wurde noch beobachtet von Hennig, Martineau, West und Köhler.

Nach Martineau (De l'Endocardite aiguë secondaire des fièvres éruptives) complicirt sich unter den acuten Exanthemen am häufigsten Scharlach mit acuter Endocarditis, doch ist sie auch neben den Masern und selten neben den Pocken sowie auch bei Erysipelas beobachtet worden.

(Virchow-Hirsch, Jahresbericht für 1866 II, p. 246.)

Von Pyämie nach Masern finde ich in der Literatur keine Beobachtung.

Croupöse Pneumonie als Complication wurde nur einmal beobachtet.

Johann Wettemann war früher immer gesund, klagt seit 4 Tagen über Auswurf, Frost. Vor 2 Tagen trat ein Exanthem angeblich zuerst am Kopf, dann am übrigen Körper auf. Starke Conjunctivitis.

Status praesens vom 21. I. 1880: Ziemlich hohes Fieber, der ganze Körper mit einem dichten Morbillenexanthem bedeckt.

Conjunctiva geschwellt und geröthet.

Eczem am Naseneingang, borkige Lippe, belegte Zunge.

Puls frequent, auffallend klein. M. T. 38,3; A. T. 38,3.

Am Thorax vorn beiderseits sonorer Schall. Hinten beiderseits ebenfalls sonorer Schall, zahlreiche Rasselgeräusche.

Herz normal.

Deutlich Albumen im Urin.

23. I. Nachts viel Husten. Sputa schleimig, etwas blutig tingirt. M. T. 37,1.

Ord. Decoct. Althaeae c. Liq. amm. anis.

Kein Albumen mehr. A. T. 37,4.

26. I. Exanthem nur noch in Spuren am Thorax.

Ord. Na. salicyl. 3,0.

Keine Remission. M. T. 37; A. T. 39,3.

28. I. Spontanremission. M. T. 37,7.

Klagen über Stechen beim Athmen, ohne dass objectiv etwas nachzuweisen. Nur rechts vorn Schall etwas abgekürzt. A. T. 39,8.

29. I. R. V. U. beginnende Dämpfung. In der Axillarlinie Knistern, sonst überall Vesiculärathmen. M. T. 38,7; A. T. 38,8.

R. H. U. ebenfalls schwach gedämpfter Percussionsschall. Sputa schleimig-eitrig von schwach-gelblicher Färbung.

31. I. Knistern rechts vorn deutlicher, ebenso Dämpfung. Auch L. O. Dämpfung. M. T. 37,7; A. T. 38,3. Wieder Albumen im Urin.

1. II. Rechter Oberlappen gedämpft, R. H. O verschärftes Athmen mit geringem Knistern. Exspiratorisches Reiben. Bernsteingelbe Sputa. Abends Erbrechen 1 Mal.

R. V. oberflächliches Knistern im Bereich des Oberlappens, an der Spitze unbestimmtes Athmen. Unterhalb des Ang. scapulae überall Dämpfung, trockene Rhonchi und verschärftes Athmen. 1 Bad. 1,0 Chinin. M. T. 36,7; A. T. 38,5.

2. II. Fieberabfall, an der rechten Spitze tympanitischer Schall. M. T. 36,6.

Daselbst sehr oberflächliches inspiratorisches Knistern. Verstärkter Pectoralfremitus A. T. 39,0.

5. II. Kein Fieber mehr, leicht tympanitischer Schall über der rechten Spitze, daselbst spärliche Rhonchi.

10. II. Dämpfung R. V. bis zur dritten Rippe, H. bis zur Crista scapulae. Daselbst Rasselgeräusche.

14. II. Geheilt entlassen.

In einem Falle entstand in der Reconvalescenz von Masern Nephritis und Perinephritis, vielleicht embolischer Natur.

Regina Brandl, 18 Jahre, erkrankte vorgestern mit Frost und Hitze, dazu gesellten sich gestern Beschwerden beim Schlingen, Thränenfluss und Husten.

Status praesens vom 13. VI. 1876. Hohes Fieber, Puls voll, weich, Respiration etwas frequenter, Typus costo-abdominal. Starke Conjunctivitis. Im Bereich des ganzen Gesichts ein deutliches papulöses Exanthem, welches sich an der rechten Seite bereits schuppt, dasselbe setzt sich unter dem Halse isolirt auf die Brust fort. Einzelne Knötchen an den unteren Extremitäten, am Abdomen und am Rücken. Auf den vorderen und hinteren Gaumenbogen und auf der hinteren Pharynxwand dasselbe Exanthem.

Ord. Acid. hydrochlor.

14. VI. Das Exanthem hat sich weiter ausgebreitet. Conjunctivitis vermehrt, ebenso Angina.

Geringer Husten, kein Stuhl. A. T. 39,6.

Ord. Inf. Sennae comp.

16. VI. Das Exanthem hat sich auf die unteren Ex-

tremitäten ausgedehnt, an den zuerst befallenen Stellen bereits Desquamation. M. T. 39,4; A. T. 37,2.

17. VI. Exanthem im Ganzen im Abblassen. Conjunctivitis und Angina gering. Kein Husten. Kein Albumen. Kein Fieber. M. T. 36,0; A. T. 36,0.

20. VI. Albumen deutlich.

27. VI. Patientin hatte Mittags Frost mit darauffolgender Hitze. Schmerzen im Kreuz und in der Seite. Grosse Mattigkeit, Kopfschmerz, Appetitmangel, M. T. 39,2; A. T. 37,7.

28. VI. Vormittags Schüttelfrost. M. T. 35,8; A. T. 38,2.

30. VI. Patientin hatte Vormittag und Nachmittag einen ca. 10 Min. dauernden Frostanfall mit darauffolgender Hitze (Temp. 40,6) und Schweissabsonderung. M. T. 39,0; A. T. 37,3.

1. VII. Vermehrte Schmerzen in der rechten Nierengegend. M. T. 37,7; A. T. 38,4. Schwach Nasenbluten.

3. VII. Menses treten spärlich, schmerzlos ein. M. T. 36.0; A. T. 39,4.

4. VII. Schmerzen in der rechten Nierengegend vermehrt. Blutcoagula im Harn. M. T. 37,5; A. T. 38,6.

5. VII. Schmerzen in der linken Nierengegend. M. T 36,3; A. T. 38,6.

7. VII. Schmerzen verschwunden. M. T. 37,7; A. T. 37,0.

25. VII. Geheilt entlassen.

Ausser in den beiden eben mitgetheilten Fällen wurde noch einmal Albuminurie bei einem Kinde beobachtet.

Diarrhoen wurden 4 Mal beobachtet.

Endlich kam ein Fall von Geistesstörung im Gefolge von Masern vor.

Johann Vogl, 22 Jahre, ist seit 4 Tagen krank, klagt über Abgeschlagenheit, Rückenschmerzen, Husten, Lichtscheu und Ausschlag. Seit mehreren Tagen Stuhlverstopfung. Aufnahme 8. IV. 1875.

Status praesens: Hohe Temperatur, mässig beschleunigter Puls. Stark ausgebreitetes Morbillenexanthem über den ganzen Körper. Conjunctivitis beiderseits.

Mässige Bronchitis.

Milz etwas geschwellt. Am Abdomen nichts Besonderes. Mässige Angina ohne Belag. Ord. Acid. salicyl. 5,0. Erbrechen.

12. IV. P. 88, R. 36, flach, seit heute Nacht psychische Störungen, vollständige Verwirrtheit. M. T. 38,6; A. T. 39,2. Exanthem grossentheils abgeblasst, es war deutlich hämorrhagisch. Haut brennend heiss, feucht, Blase wenig gefüllt, Entleerungen unwillkürlich. Abdomen nicht empfindlich und nicht aufgetrieben. Pupillen etwas eng, reagiren auf Licht, Brustorgane nicht zu untersuchen wegen Unruhe.

Ord. 0,4. Camphor. subcutan.

13. IV. Patient liegt ohne Besinnung, aber ruhig. Nahrung nicht genommen, Harn entleert, 68 P. R. ruhig.

M. T. 39,2; A. T. 36,4.

14. IV. Harnmenge 600, sp. G. 1023. M. P. 60.

Temp. subnormal.

Sensorium entschieden componirter, aber noch immer sehr beeinträchtigt; kleienförmige Desquamation der Epidermis, besonders im Gesicht.

15. IV. H. M. 710; sp. G. 1023. M. P. 54; A. P. 52.

Patient spricht noch nichts, bleibt stupid; nimmt aber etwas Nahrung und hat die Nacht geschlafen. M. T. 35,5; A. T. 36,0.

16. IV. M. P. 50; A. P. 52. Stupor noch immer andauernd, sonst keine Veränderung.

17. IV. H. M. 630, sp. G. 1024. M. P. 48. A. P. 50. Patient giebt auf Befragen nur etliche Worte zur Antwort; äussert auch Hungergefühl, im Uebrigen dauert der Stupor fort.

18. IV. H. M. 700; sp. G. 1023. M. P. 50.

Psychische Functionen bessern sich allmählich, Patient spricht, nimmt Nahrung; giebt an, er habe Stuhlentleerung gehabt.

19. IV. H. M. 830, sp. G. 1025. M. P. 50; A. P. 48.

20. IV. H. M. 1930, sp. G. 1015. M. P. 52; A. P. 68. Temperatur normal.

21. IV. H. M. 1530, sp. G. 1015. M. P. 54, A. P. 68.

Patient hustet viel und konnte Nachts deshalb wenig schlafen.

Sensorium ganz klar, Appetit sehr gross.

22. IV. Harnmenge 1720, sp. G. 1012; M. P. 56.

Patient hatte Nasenbluten und Husten.

23. IV. H. M. 3230, sp. G. 1010.

M. P. 72. A. P. 64.

24. IV. H. M. 2490, sp. G. 1009. M. P. 68, A. P. 64.

25. IV. H. M. 2880, sp. G. 1009. M. P. 68.

26. IV. M. P. 64.

27. IV. M. P. 64, kräftig und voll.

H. M. 2240, sp. G. 1010.

Patient kann schon fast den ganzen Tag ausser Bett sein.

Fälle von Geistesstörung bei Masern sind sehr selten beobachtet worden. Schüle erwähnt in der neuesten Auflage seines Handbuches die Masern gar nicht als ätiologisches Moment.

Ich finde in der Literatur noch folgende Fälle:

1. Beobachtung von Thore. Ein 27jähriger Kärrner, stets regelmässig lebend, erkrankt an den Masern, am 12. Juni. Die Eruption geht regelmässig vor sich, der Appetit kehrt wieder, das Fieber vermindert sich, am 14. ist das Befinden gut, die Maserneruption fast erloschen; Patient ist Convalescent, als er Abends plötzlich irre zu reden beginnt: er weiss nicht, wo er ist, glaubt sich von fremden Personen umgeben, spricht mit seinen Pferden, die er in einem nahen Wandschranke eingestellt glaubt. Um Mitternacht sucht Patient in den Hof zu gelangen, wird mit Mühe zurückgehalten, aber gegen Morgen entkommt er und eilt zu einem entfernt wohnenden Herrn, dem er Vorwürfe macht, dass er ihm Kühe zum Anspannen gebe und nicht Pferde.

Man bringt ihn zurück, das Irresein dauert fort, Gesichts- und Gehörshallucinationen treten auf, es gelingt jetzt, seine Gedanken zu fesseln und einige immer noch incohärente Antworten zu erlangen. Der Puls ist ruhig, kein Fieber, die Masern sind abgeblasst. Gegen Abend beruhigt sich Patient, schläft die ganze Nacht, delirirt am folgenden Tage nicht mehr, die Hallucinationen sind verschwunden. Patient war bald wieder im Stande, seine Beschäftigung aufzunehmen und ist seitdem gesund geblieben. (De la Folie consécutive aux maladies aiguës par Dr. E. Mugnier, citirt nach Schmidt's Jahrbüchern, Bd. 136, p. 140.)

2. Einen Fall von Verfolgungswahn im Delirium des Kollapses theilt H. Weber (Med. chir. Transact. XLVIII, p. 135, citirt nach Schmidt's Jahrbüchern 133 p. 332) mit:

M. M., 13jähriges, reizbares, übrigens gesundes Mädchen, erkrankte nach einem 11tägigen, besonders heftigen Husten mit leichtem Fieber am 22. III. 1857 an den Masern.

Fieber mässig, Temperatur Nachmittags 4 Uhr 39° C. Puls 110. Pulv. aërophor.

23. III. Eruption vollendet; am Morgen mässiges Fieber, gegen Abend Erbrechen, Kopfschmerz, grosse Aufregung, leichtes Delirium, Puls 136, unregelmässig, Temp. 40,8 C. Tinct. opii.

24. III. Nacht besser, kein Delirium mehr, kein Unwohlsein; Eruption ganz ausgebreitet; Patientin psychisch frei und ganz ruhig; Puls 124. Temp. 39,5.

25. III. Eruption ein wenig blässer, keinerlei Delirium. Puls 116. Temp. 39,2.

26. III. Vormittags: Eruption noch ganz deutlich, aber blässer, kaum Fieber, Puls 98, sehr schwach. Temp. 37,2. Patientin ruhig; jedes Symptom günstig.

Plötzlich Ausbruch eines heftigen Delirium am Nachmittag. Patientin war Abends, als Verfasser sie sah, sehr erregt und konnte kaum im Zimmer zurückgehalten werden, indem sie glaubte, es wäre Feuer im Hühnerhofe; sie müsse die Hühner retten, sonst würden sie alle verbrennen.

Temperatur wie am Morgen, Puls 95, Herzimpuls schwach, reichlicher Schweiss, Gesichtsausdruck sehr ängstlich. Alle 3 Stunden Morph. acet. Gr. ¼.

27. III. Patientin war nach Mitternacht ruhiger geworden, hatte bis zum Morgen in tiefem Schlafe gelegen und war beim Erwachen bei Verstande, konnte aber doch nur schwer überzeugt werden, dass kein Feuer gewesen. Sie nahm etwas Nahrung, die Stuhlentleerung war normal, Urin wurde reichlich entleert, sedimentirte, ohne Eiweiss, ohne Zucker. Puls 75, schwach, ziemlich unregelmässig, Temperatur 36,8. Morphium seit dem Morgen ausgesetzt.

28. III. Mittags so gutes Befinden, dass Patientin auf kurze Zeit in ein anderes Zimmer ging; Fieber verschwunden, Temperatur 36,2. Puls 90, schwach. Nachmittags trat jedoch plötzlich Kopfschmerz, Erbrechen auf, Patientin delirirte heftig, wähnend, dass ein grosses Unglück einer ihrer Freundinnen geschehen sei, Gesichts- und Gehörshallucinationen. Morphium Gr. ¼. Am Spätabend fand sie Verfasser noch erregt und mit ihrer Täuschung beschäftigt, aber doch ruhiger wie Nachmittags; sie war in Schweiss gebadet, kühl an den Händen, Temperatur 36,4. Puls 94, ziemlich unregelmässig. Gegen Mitternacht schlief die Kranke ein, nachdem sie 3 Mal Morphium Gr. ¼ genommen hatte.

29. III. Patientin zeigte sich ruhig und vernünftig, konnte aber zuerst kaum glauben, dass ihre Furcht unbegründet gewesen. Der Inhalt ihres Delirium konnte bestimmt auf Erzählungen zurückgeführt werden, die sie mit grossem Interesse kurz vor ihrer Erkrankung gelesen hatte.

Von nun an schritt die Genesung ungestört weiter und Patientin blieb gesund, bis sie am 16. December 1858 von heftigem Scharlachfieber befallen wurde, in

dessen Verlauf abermals Delirien auftraten. Sie genas vollständig und hat seitdem niemals die geringste psychische Störung gezeigt.

Auch Christian erwähnt das Vorkommen von Melancholie und Manie nach Masern.

(Referat im Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften für 1874 p. 95.)

Die Behandlung war in den meisten Fällen exspectativ, nur in 4 Fällen wurde antipyretisch verfahren.

Scharlach.

Während des Zeitraums von 1874 bis 1880 (excl. December) wurden auf der zweiten medicinischen Abtheilung 57 Scharlachfälle beobachtet. Bei weitem das stärkste Kontingent lieferten die beiden letzten Jahre (1879: 20, 1880 bis Ende November: 28). Die Fälle vertheilen sich auf 42 Erwachsene (14 Männer, 28 Weiber) und 15 Kinder (3 Knaben, 12 Mädchen).

Nach Altersklassen fallen auf das

	Männer:	Weiber:
1.—10. Jahr	1	8
10.—20. »	9	16
20.—30. »	6	16

Die meisten Fälle waren leicht, Complicationen kamen verhältnissmässig wenige vor. Tödtlich verlaufen ist nur 1 Fall.

Die Dauer der Incubation konnte in 2 Fällen konstatirt werden.

1. Andreas Bartholomæus besucht am 26. Mai 1878 seinen an Scarlatina erkrankten Bruder; schon am 29. Mittags bemerkt er eine leichte Röthe seiner Vorderarme, also 3 Tage später.

Im zweiten Falle ergab sich eine ungewöhnlich lange Dauer.

2. Joseph Oberhofer befand sich bis zum 1. Juli 1880 auf der nichtklinischen Abtheilung an Pleuritis

dextra serosa in Behandlung; dort lag gleichzeitig ein Scharlachkranker.

Die ersten Erscheinungen im Halse traten am 13. auf, nachdem er auf die klinische Abtheilung verlegt war und ist somit anzunehmen, dass die Incubation wenigstens 13 Tage gedauert hat.

Nach Thomas ist die Dauer der Incubation bei Scharlach bei weitem nicht so constant wie bei Masern und Pocken; sowohl abnorm kurze als abnorm lange Dauer ist beobachtet, wenn auch 4—7 Tage die gewöhnliche ist.

Anomalien des Exanthems wurden fast gar nicht beobachtet. In einem Fall war das Exanthem schwach hämorrhagisch; der Fall gehörte zu den schwereren.

Einmal wurde, während an den Oberarmen bereits die Abschuppung begonnen hatte, am Nacken die Entwickelung dichtgedrängter Papeln gesehen, die mit einer Kruste bedeckt waren.

Von den einzelnen Symptomen wurde Schwellung der Lymphdrüsen nicht besonders häufig beobachtet. Die Lymphdrüsen am Halse fanden sich bei 10 Erwachsenen und 3 Kindern geschwollen, die Leistendrüsen bei 3 Erwachsenen, die Cubitaldrüsen bei einem Erwachsenen, die Axillardrüsen bei einem Kinde, die Cervicaldrüsen bei 4 Erwachsenen.

Nephritis kam selten, nämlich nur in 10 Fällen (7 Erwachsene, 3 Kinder), zur Beobachtung; nach Steiner ist das Verhältniss sehr wechselnd und zwar zwischen 5—70 %.

Fünf unserer Fälle verliefen schwerer, der eine tödtlich bei einem Phthisiker.

Die Krankengeschichte ist folgende:

Johann Harreisser, 19 Jahre, Buchbinder aus Schwabing, erkrankte am 23. Mai Abends mit Schmerz beim Schlingen und Heiserkeit. Patient will stets kränklich gewesen sein; Stuhl normal. Das Exanthem soll nicht deutlich ausgesprochen gewesen sein. Im Stadium der Abschuppung wurde er auf die Klinik aufgenommen.

Status praesens vom 16. VI. 1880: Etwas in der Entwickelung zurückgebliebenes Individuum. Leichtes Oedem im Gesicht und an den unteren Extremitäten, stark pigmentirte Gesichtshaut. Lamellöse Abschuppung an Brust und Bauch sowie am Halse. Ruhiger regelmässiger Puls, Stimme etwas heiser. Rechte Pupille fast um 1 Drittel weiter als die linke. Patient klagt über lebhafte Schmerzen im Nacken. M. T. 38,2, A. T. 39,2. Lunge: H. R. O. bis zur Spina scapulae gedämpfter Percussionsschall; ebenso V. R. an der Spitze; über der Dämpfung H. O. R. bronchiales In- und Exspirium mit feinblasigen, klingenden Rasselgeräuschen. V. R. sehr scharfes Vesiculärathmen.

Herzfigur nicht vergrössert; keine Geräusche, kein Reiben.

Freie Flüssigkeit im Abdomen, welche im Sitzen etwas über den Nabel hinaufsteigt. Leber nicht resistent; Milz nicht vergrössert. Im Urin ziemlich viel Eiweiss; kein Blut, keine Formelemente. Fieber immer sehr hoch. Der Puls wurde in den nächsten Tagen klein, weich, frequent. Herzaktion sehr stürmisch. Rechte Nierengegend sehr empfindlich gegen Druck; die Haut

darüber etwas geröthet. Rosenkranzförmige Anschwellung der Cervicallymphdrüsen längs des Musculus cucullaris und des sternocleidomastoideus. In den nächsten Tagen war die linke Pupille bedeutend weiter als die rechte; das Oedem nahm bedeutend zu.

Am 19. VI. Abends erfolgte unter heftiger Dyspnoe, Kühle der Extremitäten, der Exitus letalis.

Die Sektion ergab ausser Nephritis parenchymatosa ältere käsige Infiltration der rechten Lunge, besonders im Oberlappen mit Cavernen; daneben geringe, frische Infiltration. Für den Nackenschmerz fand sich keine Erklärung ausser einer schwachen Pachymeningitis haemorrhagica interna.

Die Angina verlief häufig mit mässigem diphtheritischen Belage auf den Tonsillen; besonders schwere Fälle kamen nicht vor.

Ein Fall war dadurch interessant, dass die Angina unter erneutem Ansteigen der Temperatur recidivirte; auch frische Milzschwellung wurde beobachtet, aber kein frisches Exanthem.

In diesem Fall, der ein Kind betraf, bestand auch gleichzeitig Nephritis.

Während die Angina recidivirte, wurde eine der höchsten Temperaturen nämlich 41,2 (axill.) beobachtet.

Die überhaupt beobachtete höchste Temperatur war 41,6 (axill.) als Aufnahmetemperatur bei einem Manne, der eine Angina diphtheritica hatte. Der Fall verlief günstig bei nur localer Behandlung; die Nephritis war mässig. Die Defervescenz erfolgte meist durch Lysis, entsprechend der Angabe von Thomas; auch Bohn fand fur Kinder durch-

schnittlich eine Dauer von 3—8 Tagen. (Cfr. Gerhardt's «Handbuch der Kinderkrankheiten.»)

Bei unseren 56 Fällen (ausgeschlossen ist nur der letal verlaufene) kam nur 4 Mal eine Krisis vor.

In den übrigen Fällen erfolgte der Abfall:

Innerhalb	2	Tagen	16 Mal
»	3	»	19 »
»	4	»	7 »
»	5	»	2 »
»	6	»	3 »
»	7	»	2 »
»	8	»	1 »
»	9	»	2 »

Milzvergrösserung, die nach Thomas fast regelmässig ist, wurde nur 8 Mal bei Erwachsenen, 3 Mal bei Kindern beobachtet. Was den Zustand der Verdauungsorgane anlangt, so wurden Diarrhoen nur in 8 Fällen (sämmtlich Erwachsene) constatirt.

Complicationen.

Die häufigste war der Gelenkrheumatismus (10 Erwachsene, 1 Kind).

In 5 Fällen waren mehrere Gelenke befallen; 2 Mal entwickelte sich eine Endocarditis valv. mitr.

Conjunctivitis wurde 5 Mal bei Erwachsenen beobachtet, Ozaena 2 Mal (1 E., 1 K.); Epistaxis 3 Mal (2 E., 1 K.); Stomatitis 1 Mal bei einem Erwachsenen; Bronchitis bei 5 Erwachsenen und 2 Kindern; Cystitis bei einem Kinde; Laryngitis mit vollständiger Aphonie bei einem Erwachsenen.

Bei einem Kinde entwickelte sich im Stadium der

Desquamation unter continuirlichem Ansteigen der Temperatur eine Adenitis angularis purulenta.

Maria Maier, 7 Jahre, am 27. XI. 1879 aufgenommen, war am 2. XII. fieberfrei; am 5. begann die Schuppung; am 7. trat hohes Fieber und Recidiv der Angina auf.

8. XII. Fieber continuirlich, Puls beschleunigt 144, Zunge wenig belegt, Papillen prominent, Tonsillen sind stark geschwollen; starke Abschuppung. Leib ist etwas aufgetrieben; nirgends empfindlich. Kein Erbrechen, starke Kopfschmerzen; Lungenbefund negativ. Kein Eiweiss, kein Blut im Urin.

15. XII. Sehr bedeutende Vergrösserung der Tonsillen; spontaner Abfall der hohen Temperaturen. Milz ist deutlich palpabel. Puls weich, wenig gefüllt, 84. Keine Roseola; kein Eiweiss.

4. I. Seit heute Morgen Schmerzen beim Schlingen; bedeutende Schwellung beider Tonsillen; auf der linken ein dicker, gelblich grauer Belag. Wieder hohes Fieber. M. T. 39,8; A. T. 38,6.

7. I. Auch die rechte Tonsille mit Belag bedeckt. M. T. 38,6; A. T. 38,8.

14. I. Starke Morgenremission. Belag hat sich überall abgestossen; nur noch Schwellung und Röthung. M. T. 37,2; A. T. 39,7.

15. I. Angina geht zurück; wenig schmerzhafte Drüsenschwellung am linken Kieferwinkel. M. T. 38,0; A. T. 38,5.

16. I. Abends noch immer einiges Fieber; der Drüsentumor am linken Kieferwinkel fluctuirt undeutlich. M. T. 37,7; A. T. 39,0.

22. I. Gestern starke Schmerzen an der Geschwulst am Kieferwinkel; deutliche Fluctuation und Röthung der Haut. M. T. 37,2; A. T. 37,7.

23. I. Gestern wurde unter leichter Chloroformnarcose der Drüsenabscess an der am deutlichsten fluctuirenden Stelle incidirt. Der abfliessende Eiter ist von guter Beschaffenheit; Verband nach Lister. M. T. 38,4; A. T. 39,5.

24. I. Fieber etwas weniger; Zunge belegt, feucht; 132 weiche, mässig volle Pulse. Leib nicht aufgetrieben, nicht empfindlich. Milz ist entschieden vergrössert. Verband liegt gut, nichts dringt durch; keine Schmerzen an der Stelle des Abscesses. M. T. 39,0; A. T. 38,7.

28. I. Fieberlos; Verband liegt gut.

30. I. Wunde geschlossen; dagegen am rechten Unterkieferwinkel bedeutende Hervorwölbung und Fluctuation. M. T. 36,8; A. T. 37,8.

31. I. Gestern Incision des rechten Drüsenabscesses; Entleerung von Blut und ziemlich viel rahmigem Eiter; Lister-Verband. M. T. 37,1; A. T. 38,5.

9. II. Abscesse vollständig geheilt; Abendtemperatur noch über 38.

20. II. Gebessert entlassen.

Herpes labialis wurde 2 Mal bei Erwachsenen, Herpes nasalis bei einem Kinde beobachtet. Einmal kam Erysipelas faciei als Nachkrankheit bei einem Erwachsenen vor.

Ein Fall von Scarlatina entwickelte sich in der 2. Woche eines Typhus.

Maria Schaidinger, 21 Jahre alt, ist seit 14 Tagen unwohl, klagt über allgemeine Mattigkeit, Appetitlosig-

keit, Diarrhoen; vor 3 Tagen galliges Erbrechen; seit 4 Tagen Halsschmerzen. Voriges Jahr überstand Patientin Lungenentzündung; vor 4 Jahren Typhus.

Status praesens vom 17. VI. 1880. Sehr hohes Fieber. M. T. 40,0; A. T. 40,4. Puls 128, voll, weich.

Zunge etwas trocken; an Spitze und Rändern geröthet, belegt. Schleimhaut der Lippen trocken; Uvula stark ödematös geschwellt. Gaumenbogen stark geröthet; ebenso Tonsillen, die stark geschwellt sind; auf beiden Tonsillen dicker, graugelblicher Belag, der sich insbesondere nach hinten und unten fortsetzt und links weiter ausgebreitet ist als rechts.

Subangulare Lymphdrüsen geschwellt, sehr empfindlich. Patientin sehr afficirt. Herzbefund normal. Bronchitis.

Abdomen gespannt; Ileocöcalgegend sehr empfindlich; kein Gurren. Roseolaverdächtige Stippchen. Milz etwas vergrössert.

18. VI. Puls 108; M. T. 38,7. Zunge sehr trocken; stark geröthet. Nachts etwas Delirien; unwillkürliche Urinentleerung; Diarrhoen, fleckiges Exanthem an manchen Stellen, leicht papulös an den Händen. Grosse Prostration, Herpes labialis.

Starke Röthung und Schwellung der Schleimhaut des Rachens; Uvula und Tonsillen jetzt stark geschwellt; die linke zeigt dicken Belag; Abdomen zeigt zwischen zahlreichen Acneknötchen zahlreiche roseola-verdächdige Stippchen; Leib empfindlich, wenig aufgetrieben; Milz deutlich, wenn auch nicht erheblich vergrössert, nicht palpabel, beträchtliche Hyperästhesie überall, H. R. U. der Percussionsschall verkürzt.

Das Exanthem hat sich noch mehr ausgebreitet; stellt an den Armen keine diffuse Röthe dar, sondern ist mehr grossfleckig; dagegen am Stamm stark scarlatinös aussehend; diffus.

Conjunctiva geröthet; leicht gelbliche Färbung der übrigen nicht befallenen Hauptpartieen. Puls 108, weich, mässig voll. Milz sehr wenig vergrössert. Zunge stark geröthet; rauh vorspringende Papillen. Der diphtheritische Belag ist von der linken Tonsille auf die Contactfläche der Uvula, deren seitlichen Rand er einnimmt, übergegangen; starke Röthung der ganzen Schleimhaut des weichen und harten Gaumens und der hinteren Rachenwand, soweit sie sichtbar ist; leichte Bronchitis, wenig Husten, kein Schlaf. Harn trübe, sedimentirend, bräunlich, zeigt beträchtlichen Eiweissgehalt. A. T. 40,0.

20. VI. Respiration nicht wesentlich behindert. Exanthem blasst ab. Allgemeinbefinden wesentlich besser. M. T. 38,5; A. T. 38,4.

21. VI. Exanthem überall abgeblasst; spontaner Fieberabfall. M. T. 37,6; A. T. 38,3.

22. VI. Rachen noch stark geröthet; Milzdämpfung wird kleiner. Roseola noch deutlich. M. T. 37,3; A. T. 40,2.

24. VI. Der Belag an der linken Tonsille und Uvula dünner und mehr gelblich; Röthe bedeutend nachgelassen; Schmerzhaftigkeit geringer. Kein Fieber. Abschuppung der Epidermis an den Händen in grossem Masse; besonders an den Handflächen lässt sich die Haut in grossen trockenen Membranen abziehen.

25. VI. Vollständig gutes Befinden. Auf der linken Tonsille nur noch ein dünner, schleimiger Belag. Röthung beinahe vollständig abgeblasst.

Fieberlos; starke Desquamation.

27. VI. Substanzverlust auf der linken Tonsille in Heilung begriffen.

10. VII. Geheilt entlassen.

Die Behandlung war in 41 Fällen eine rein locale, bestehend in Gurgelungen mit Alaun, Borsäure, Kali chloricum, Inhalationen von Acid. carbolicum (0,5 : 100,0), Acid. salicylic. (1,0 : 500,0) und feuchtwarmen Umschlägen.

Eine antipyretische Behandlung fand in 8 Fällen statt und zwar wurden 2 Mal Conchinin, 3 Mal Chinin, 2 Mal Natr. salicylicum und in einem Falle neben Natr. salicylicum noch Chinin und Bäder gegeben. Conchinin wurde 2 Mal in der Dosis von 1,0 gegeben, in einem Fall mit gutem, im anderen mit geringem Erfolge; Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet, was vielleicht in der niedrigen Dosis begründet ist.

In einem Falle wurde bei einem 11jährigen Knaben, nach 3,0 Natr. salicylicum zwar bedeutender Temperaturabfall, aber starke Delirien beobachtet; es wurden dann an 2 Tagen 2 Bäder, einmal combinirt mit 0,5 Chinin ohne rechte Wirkung gegeben.

Zum Schlusse erlaube ich mir meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Obermedicinalrath v. Ziemssen für die gütige Ueberlassung des Materials meinen besten Dank zu sagen.